

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 61

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TECHNIQUE OPÉRATOIRE
DANS L'ÉVIDEMENT DE LA LOGE PAROTIDIENNE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1910

PAR

H. FADAT

Né à Dourbie (Gard), le 7 juin 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, profes.		
		JEANBRAU, Agrégé		
		RICHE, Agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555202_0084

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TECHNIQUE OPÉRATOIRE
DANS L'ÉVIDEMENT DE LA LOGE PAROTIDIENNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 61

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

DANS L'ÉVIDEMENT DE LA LOGE PAROTIDIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1910

PAR

H. FADAT

Né à Dourbie (Gard), le 7 juin 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

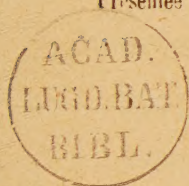
{ FORGUE, Professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, profes. }
JEANBRAU, Agrégé. } *Assesseurs*.
RICHE, Agrégé. }

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSEESSEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseignement de pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
	VALLOIS.

Clinique obstétricale.

Professeurs adjoints: MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire: M. VIALLETON

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président:</i>	JEANBRAU, <i>agréé.</i>
DE ROUVILLE, <i>professeur.</i>	RICHE, <i>agréé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur: qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affectueuse reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposés pour moi.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

H. FADAT.

A MONSIEUR L'ABBÉ GRUVEL

CURÉ-DOYEN A DOURBIES (GARD)

*En reconnaissance de l'intérêt
qu'il nous a toujours témoigné.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

H. FADAT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TECHNIQUE OPÉRATOIRE
DANS L'ÉVIDEMENT DE LA LOGE PAROTIDIENNE

INTRODUCTION

L'extirpation est *a priori* le traitement rationnel des tumeurs de la glande parotide. Cependant, cette opération reste un exemple frappant des vicissitudes auxquelles sont soumises la plupart des théories médicales. Présentée à certains moments comme une opération parfaitement légitime, elle a pu être considérée à une autre époque comme condamnée sans appel. Le fait s'explique assez bien : les partisans de l'opération, fixés d'une part sur les surprises que procurent parfois les néoformations diagnostiquées bénignes et, d'autre part, sur l'évolution particulièrement rapide des tumeurs malignes de la région parotidienne, voyaient dans l'intervention l'unique moyen de donner au malade une survie parfois assez longue. Les non-interventionnistes, découragés par l'évolution à peu près fatale du mal et par les statistiques tristement explicites, basaient

leur abstention sur le danger qu'il y a à tenter une opération, par avance frappée de stérilité dans une région aussi périlleuse. Dans la grande majorité des cas, disaient-ils, le sacrifice de la carotide externe et du nerf facial est inévitable ; la jugulaire et la carotide interne, le pneumogastrique, situés dans le voisinage immédiat, courent de grands risques d'être blessés et de donner lieu, par suite, à une mort rapide.

L'historique de la question montre bien ces deux tendances. Avant la thèse de Bérard (1841), l'extirpation a été rarement pratiquée : les chirurgiens sont peu enthousiastes pour une opération où l'hémorragie considérable inspirait une crainte bien concevable à une époque où le matériel chirurgical était encore très rudimentaire. Le cas de l'étudiant qui, en 1733, se confia aux soins d'un chirurgien-charlatan, n'était guère fait pour les tirer de cette prudente réserve. Les conceptions de Maisonneuve, Gensoul, Velpeau, d'après lesquelles les tumeurs parotidiennes sont le plus souvent du type squirrheux, l'impossibilité proclamée par Burns de suivre la glande dans ses ultimes prolongements et de l'enlever en totalité, ne pouvaient qu'accentuer une telle disposition d'esprit. On trouve cette tendance traduite dans les déclarations de Murat, qui va jusqu'à traiter d'erreur de jeunesse le fait d'avoir été partisan résolu de l'extirpation, dans sa thèse inaugurale.

Aussi, en présence de cette opposition systématique, les tentatives de Heister, de Bécлар, de Waren, de Lisfranc, etc., pour réhabiliter une méthode efficace, restent sans écho.

La publication de la thèse de concours de Bérard, en 1841, ouvre une ère nouvelle. Il est résolument pour l'intervention, même pour les tumeurs malignes, volumineu-

ses, adhérentes, ulcérées, et ses conclusions, solidement appuyées sur 52 observations, donnent un renouveau d'actualité à une opération chirurgicale qui n'avait plus guère, à ce moment-là, qu'un intérêt purement historique. La question devient à la mode ; les publications se succèdent signées par Nélaton, Huguier, Denonvilliers.

Mais bientôt, un vif mouvement de réaction se produit. Richet déclare ce mode de traitement impraticable dès que la glande est atteinte de dégénérescence cancéreuse. Tillaux est plus affirmatif et pose nettement le problème : « L'extirpation ne sera complète (et une saine chirurgie n'accepte pas d'ablation incomplète de cancer), qu'avec la presque certitude d'intéresser la carotide interne, la veine jugulaire interne, et les nerfs qui les accompagnent dans le trou déchiré postérieur. La crainte bien légitime qu'éprouve le chirurgien en arrivant au fond de la région, fait qu'il abandonne à peu près toujours le prolongement pharyngien, ainsi que le démontrent les autopsies qui ne tardent généralement pas à suivre l'opération », soulignant par ces derniers mots d'une façon ironique le résultat définitif.

Petit à petit, cette opposition systématique inspira le respect de la parotide cancéreuse. Après la thèse de Michaux, l'affaire fut à peu près définitivement jugée par l'abstention générale.

Fredet et Chevassu se livrant à une statistique chirurgicale, ne trouvent que deux interventions pratiquées en dix-huit ans (de 1884 à 1902), et ont pu écrire avec raison : « Peu de questions chirurgicales ont traversé sans révision une aussi longue période. »

Actuellement, le chirurgien, averti par les découvertes anatomo-pathologiques et servi par les perfectionne-

ments apportés à la technique opératoire, s'est rallié à la méthode de l'extirpation, aussi précoce que possible.

Pour les tumeurs dites bénignes (adénomes, fibromes, lipomes), ce principe ne se discute même pas. La conduite de l'opérateur tient tout entière dans ce précepte formulé par Morestin : « Abandonner ces tumeurs à leur évolution spontanée serait une grave erreur ; leur apparence bénigne est un leurre. » On peut leur appliquer l'opinion de Tarnier sur l'éclampsie puerpérale : « C'e sont des maladies à surprises et à surprises plutôt désagréables. »

Dans la grande majorité des cas, la même indication se posera dans les cas de tumeurs malignes.

Évidemment, ce serait faire preuve d'un optimisme exagéré que de demander de bons résultats à une extirpation pratiquée à l'occasion d'un néoplasme, à immobilité très accusée sur les parties profondes, à mouvements susceptibles d'être transmis aux piliers du voile du palais, à extension péri-pharyngienne, décelable par le toucher buccal et accompagné d'une cachexie telle qu'il n'est plus permis de se faire illusion sur l'évolution ultérieure du mal.

Mais tel cas peut se rencontrer, où l'intervention pourra être tentée dans des conditions relativement favorables : quand le sujet est encore robuste, la tumeur simple, que l'examen du pharynx n'offre aucune modification appréciable à une exploration minutieuse.

J.-L. Faure, dès 1892, après avoir reproché à ses contemporains une timidité que ne justifiaient pas les tentatives des anciens chirurgiens plus audacieux, quoique aux prises avec des difficultés opératoires autrement sérieuses, s'arrête aux indications ci-dessus et décrit le procédé qui porte son nom.

Morestin écrivait, un peu plus tard : « Si j'avais à la

pratiquer (l'extirpation de la parotide), au lieu de la timide brèche que recommande J.-L. Faure, je crois qu'il serait préférable de réséquer toute la branche montante du maxillaire. »

Récemment, L. Bérard et Leriche ont réalisé en partie cette idée, en proposant une résection plus large.

Ces deux procédés se sont disputé les faveurs des opérateurs jusqu'à aujourd'hui. Nous les passerons brièvement en revue et, après avoir donné quelques détails anatomiques qui, au point de vue chirurgical, présentent un intérêt spécial, nous arriverons à la description du nouveau procédé appliqué déjà plusieurs fois par M. le professeur Forgue à sa clinique de l'Hôpital-Suburbain de Montpellier, et qui, par la simplification qu'il apporte aux méthodes antérieures et le champ d'action plus vaste qu'il offre à une intervention intentionnellement généreuse, donne le maximum de garantie à l'opérateur et à l'opéré.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Pour être complet, nous devrions donner une étude détaillée de la région où va se dérouler l'acte opératoire. On trouvera cette étude très complète dans tous les traités récents d'anatomie topographique, dont la compétence des auteurs garantit la clarté de la description. Nous nous attacherons donc simplement à passer en revue quelques détails de cette description, qui présentent à divers titres un intérêt spécial.

Les uns ont été le point de départ de théories thérapeutiques les plus disparates, et il est bon d'être fixé, une fois pour toutes, sur l'accueil qui doit leur être réservé ; les autres prenant à certains temps opératoires une importance primordiale, sont susceptibles de causer au chirurgien insuffisamment documenté les surprises les plus pénibles, en même temps que les plus irrémédiables pour le patient, et indiquent par le fait même, que l'on commettrait une grave faute en se lançant à la légère dans une opération qui implique la connaissance approfondie des dispositions anatomiques de la région.

CAROTIDE EXTERNE ET NERF FACIAL

Nous plaçons volontiers dans une description commune l'artère et le nerf que la tradition a toujours étudiés en-

semble, pour préconiser ou combattre l'opération qui nous occupe. L'accord est actuellement fait sur le prétendu veto qu'à certaines époques ils ont opposé à une intervention salutaire, et si la littérature médicale contemporaine en signale la longue influence, c'est pour en démasquer les conséquences néfastes.

Il persiste simplement quelques divergences d'idées sur la précision de leurs rapports anatomiques.

Monod, Bérard, Nélaton, avaient développé avec plus ou moins de succès devant la Société de chirurgie les résultats de leurs recherches, quand Triquet fit paraître, en 1852, le mémoire le plus important qui ait été publié sur cette question. Il assigne à la carotide externe quatre variétés de rapports. Le plus fréquemment, conclut-il, la glande fournit une simple gouttière à la carotide, donnant ainsi la possibilité d'une extirpation totale, sans blessure de ce vaisseau. Parfois, cette gouttière se transforme au sommet de la glande en canal complet. Il en résulte que toute opération, sans section de l'artère, est forcément incomplète et d'une portée illusoire. Chez tel autre sujet, le déplacement du vaisseau s'accroît. Il se trouve porté en avant et en dehors, caché derrière le bord postérieur du maxillaire inférieur.

Enfin, dans les cas particulièrement heureux, la glande peut être hypertrophiée et complètement dégénérée, sans affecter avec l'artère le moindre rapport de contiguïté, permettant ainsi une intervention radicale en même temps que conservatrice, ce qui est évidemment le comble d'une excellente disposition.

Ces conclusions n'eurent pas la bonne fortune d'être admises par tous les anatomistes. Dès leur publication, elles trouvèrent des partisans enthousiastes et des détracteurs bien résolus à les combattre. L'écho de ces discussions se

fit entendre jusqu'au Vénézuéla. Le corps médical de la République y fut un moment divisé en deux camps, parce qu'un chirurgien de Caracas avait eu à intervenir dans un des cas signalés par Triquet, où la section de la carotide est évitable et en avait publié l'observation.

L'Académie de médecine de Paris fut choisie comme arbitre et Malgaigne fut chargé du rapport.

On aurait tort de chercher dans ce rapport une description définitive, car l'imprécision des conclusions de Malgaigne laisse supposer que la grave responsabilité que l'auteur avait acceptée lui dictèrent les termes peu compromettants de ces conclusions.

En même temps, des hommes de la valeur de Sappey, Richet, Tillaux admettaient tout au plus les dispositions décrites par Triquet à titre de simples anomalies.

Cependant, si l'on considère que les précurseurs de celui-ci (Monod, Bérard, Nélaton) étaient arrivés à des conclusions à peu près identiques, si l'on songe que le chirurgien se trouvant en présence d'une masse néoplasique proliférée aurait tort de considérer comme normales les nouvelles conditions anatomiques au milieu desquelles il opère ; d'autre part, si l'on compare les conclusions de Triquet, sans offrir, au moins pour celles que l'on peut contées par M. le professeur Forgue (*in* thèse Lautier), et dans lesquelles, sur 8 cas, la ligature de la carotide put être évitée 2 fois, on peut conclure que les dispositions de Triquet, sans offrir, au moins pour celles que l'on peut considérer comme heureuses, la fréquence que leur attribue leur auteur, correspondent cependant à un type défini et ne doivent pas être classées au nombre des anomalies.

Les descriptions relatives au facial sont plus affirmatives. Situé à la partie supérieure de la région, il sort du trou stylo-mastoïdien entre le muscle sterno-mastoïdien et le

ventre postérieur du digastrique. Là il pénètre dans la loge par sa face postérieure et traverse très obliquement la glande d'arrière en avant et en dehors des vaisseaux. Après un trajet de deux centimètres dans l'épaisseur de la parotide, il se divise en ses branches terminales.

Voilà la disposition classique et constante. Les prétendues variétés que Triquet tenta de lui imposer n'ont été retrouvées par personne. Le cas de Nœgelé correspond à une anomalie ; et celui de Tillaux, qui fut tout surpris après un évidement complet de la loge, de ne constater aucun signe de paralysie faciale, était le résultat d'une disposition normale qu'un processus pathologique avait modifiée : la glande, complètement atrophiée, avait été refoulée avec son contenu vers l'extrémité supérieure de la loge.

Tels sont les rapports anatomiques de ces deux éléments importants. Malgré le caractère de généralité qu'ils présentent et tout en faisant des réserves excessives sur la cure radicale d'une tumeur cancéreuse située dans cette région, Lenormant a pu écrire dans le récent Précis des Prosecteurs de Paris, « l'extirpation totale de la parotide est anatomiquement possible ». Sur le cadavre, c'est exact ; la glande n'offre tout au plus à l'artère qu'un canal à son extrémité supérieure, dont il sera facile de la libérer ; le nerf facial n'adhère jamais aux granulations de la glande et, en somme, la dissection en sera aisée ; le prolongement pharyngien qui, par son développement exagéré, pourrait créer le temps difficile, est très inconstant. Mais ce qui est vrai à la salle de dissection, cesse de l'être sur la table d'opération. Le chirurgien, averti par les acquisitions journalières de l'anatomie pathologique, a dû modifier sa technique. Le temps n'est plus où une substance caustique convenablement disposée, avait la préten-

tion de transformer en escharre le tissu morbide à l'exclusion du tissu sain. L'étude pathogénique des cancers nous montre leurs éléments embryonnaires fusant au loin à travers des tissus encore indemnes. Voilà autant de racines qu'il faudrait extirper jusque dans leurs prolongements les plus reculés. Par le fait même, l'idéal de l'opérateur devient la création d'un plan de clivage artificiel dans les tissus extra-régionaux, avec l'idée bien arrêtée que la proportion de chances établies par Triquet de conserver nerf et artère, se trouve pour ainsi dire annihilée.

Une telle perspective est-elle faite pour contre-balancer l'opportunité d'une mesure indispensable ? Nous ne le pensons pas. Nous sommes actuellement bien outillés contre les hémorragies, et les anastomoses de la région sont assez riches pour que la section d'un vaisseau aussi important que la carotide externe n'entraîne aucun trouble. D'autre part, la dégénérescence cancéreuse ne tarderait pas à provoquer une paralysie faciale progressive au prix de douleurs atroces, et tout malade raisonnable considèrera cette infirmité provoquée précocement comme la rançon très acceptable d'une guérison inespérée.

PAQUET VASCULO-NERVEUX PROFOND

Nous trouvons ici des vaisseaux et des nerfs dont l'importance vitale n'est pas discutable, puisqu'il s'agit de la carotide et de la jugulaire internes, du pneumogastrique, du glosso-pharyngien, du spinal.

A ce niveau, la carotide interne répond en avant à la carotide externe et aux muscles styliens, en dehors à la veine jugulaire interne, et par son intermédiaire, à l'aponévrose de la loge qui se trouve parfois déprimée en gout-

tière, au glosso-pharyngien, au pneumogastrique et au grand hypoglosse qui, d'abord postérieur aux vaisseaux lui devient ensuite externe et antérieur ; en dedans, aux parties latérales du pharynx ; enfin, en arrière, le paquet repose sur l'apophyse transversale de l'atlas. La carotide interne passe immédiatement en avant et du coup ce rapport devient un point de repère précieux que le bistouri évitera, si au cours d'une dissection profonde le doigt explorateur lui en signale la présence. Nous croyons ces quelques indications anatomiques intéressantes, surtout dans le cas des tumeurs encore limitées où une intervention précoce, dans le but très louable d'être large et de dépasser les limites du mal, irait au devant d'incidents très graves. A partir du moment où les tissus néoplasiques ont infiltré les éléments du paquet pour suivre leur marche envahissante vers le pharynx, ces considérations perdent de leur intérêt. Un traitement purement symptomatique se contentera d'adoucir les dernières souffrances du malheureux, fatalement condamné.

Dès 1892, MM. Forgue et Reclus, dans leur traité de thérapeutique, déclarent qu'à partir du moment où le prolongement pharyngien envahi, adhère aux vaisseaux et aux nerfs de l'espace maxillo-pharyngien profond, le chirurgien court grand risque de ne pouvoir terminer l'opération. Elle devient, en effet, des plus délicates : par mesure de prudence, le doigt à l'exclusion de tout instrument doit morceler la tumeur et il se présente tel cas où l'intimité des adhérences pose la question de l'excision du tronc vasculo-nerveux. Une telle détermination n'est évidemment pas recommandable. Les accidents asphyxiques par suppression du pneumogastrique, syncopaux par ischémie cérébrale, les hémorragies foudroyantes qui se produisent parce qu'il est difficile de faire de la forcipressure dans la

profondeur du creux opératoire, ou parce que malgré les ligatures posées au bon moment, les larges anastomoses de la région réalisent quand même un afflux sanguin des plus dangereux, voilà autant de raisons qui commandent une prudente réserve.

Le point délicat est d'établir les limites de l'inopérabilité. Méfions-nous des tumeurs développées chez un descendant de cancéreux, à évolution rapide, accompagnée d'une cachexie précoce, et localement adhérentes à la peau, considérablement développées du côté du lobule de l'oreille qui se trouve reporté en dehors, de l'articulation temporo-maxillaire dont les mouvements deviennent limités, accompagnés déjà de symptômes digestifs et respiratoires, ce qui indique l'envahissement de la carotide interne, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien et par conséquent, des plans profonds. Si le doute persiste, la sécurité que confère de nos jours une asepsie bien appliquée permet une exploration qui donnera toujours au malade quelques jours d'illusion et fixera le chirurgien sur la conduite qu'il doit observer.

PÉDICULES DE LA PAROTIDE

L'étude des prolongements qui s'échappent de la parotide ou y aboutissent a perdu beaucoup de son intérêt. Le chirurgien n'éprouve plus, comme ses devanciers, la peur de ces hémorragies fréquentes et abondantes, que des moyens hémostatiques insuffisants parvenaient à peine à arrêter. Il est bon cependant de les connaître car leur section au bon endroit et au bon moment facilite l'exécution méthodique de l'intervention ; cette section supprime la fixité qu'ils tendent à imprimer à la glande, et qui gêne considérablement les mouvements de bascule, qu'on doit

faire subir à la parotide avant de pouvoir l'extraire. Heureusement, les dispositions assez constantes qu'ils offrent peuvent se prêter à une description commune. Au-dessous de la peau, rien à craindre ; on ne trouvera là que des lames celluluses et des rameaux très fins sans importance ; il faudra plutôt rechercher ces pédicules au niveau des bords et de la face profonde de la glande.

PÉDICULE ANTÉRIEUR

Formé par le canal de Sténon, l'artère transverse de la face, quelques veines et un filet du facial, il sera prudent de le sectionner très en avant, cette manœuvre permettant l'ablation des parotides accessoires et contribuant à la réalisation d'une extirpation complète.

A la partie supérieure de la loge, les connexions vasculaires deviennent plus larges et plus intéressantes. Elles y forment trois groupes :

1°) *Pédicule temporal.* — Il résulte de la confluence et de l'union intime dans un feutrage très dense et très résistant de l'artère temporale superficielle, de la veine correspondante, de quelques veinules innommées et du nerf auriculo-temporal. Ce pédicule serait susceptible de saigner beaucoup, si son abord facile ne donnait pas la clef d'une hémostase rapide.

2°) *Pédicule extra-condylien.* — Un certain nombre de veines issues du plexus ptérygoïdien le constituent en s'insinuant entre le bord postérieur du masséter et la partie antéro-externe du col du condyle. Il aborde la glande par sa face profonde et au cours d'une opération commencée par le bord antérieur de l'organe, la section entre deux pinces deviendra indispensable presque dès le début.

3°) *Pédicule sous-condylien.* — Situé en dedans du col du condyle, il reçoit lui aussi des veines du plexus ptérygoïdien et de l'artère maxillaire interne. C'est le pédicule le moins accessible et le plus dangereux par sa richesse vasculaire et sa situation profonde. Faure voit dans une telle disposition et la nécessité de poser sur ce pédicule une ligature solide l'indication formelle d'une résection plus ou moins large du maxillaire. En réalité, le procédé que nous décrirons plus loin permet d'arriver au même résultat sans de tels sacrifices. Tout dépend de la façon dont on aborde la glande et de l'éclairage que l'on sait retirer des mouvements qu'on lui imprime. Sur la face postérieure et au niveau de l'angle de la mâchoire, la série des pédicules se complète. Nous trouvons là tour à tour :

Le pédicule stylo-mastoïdien. Il rampe entre les apophyses styloïde et mastoïde. Comme il n'est constitué que par le nerf facial et l'artère stylo-mastoïdienne d'un très petit calibre, son incision inévitable, ennuyeuse par les accidents paralytiques qu'elle entraîne du côté de la face, ne doit inspirer aucune crainte au point de vue hémorragie.

Le pédicule carotidien. — L'étude que nous avons faite de l'artère carotide externe, qui en constitue l'élément le plus important, nous dispense d'insister.

Le pédicule cervical. — Du côté du cou, la veine jugulaire externe forme un dernier pédicule. La disposition superficielle de la veine donne le moyen d'une ligature facile qu'il est bon de ne pas négliger. Elle constitue une bonne garantie contre les cas de mort rapide relativement fréquents que l'aspiration de l'air extérieur par le bout

central ne tarde pas à provoquer pour peu qu'elle soit abondante.

ZONES DÉCOLLABLES ET ZONES ADHÉRENTES

Il y a lieu de distinguer au niveau de la parotide des régions où la glande est indépendante de son aponévrose, où un plan de clivage naturel facilite largement la dissection, et des régions où l'aponévrose et son contenu ne font qu'un, nécessitant ainsi l'intervention du bistouri, de la sonde, pour créer une ligne de séparation.

Il est utile de connaître la topographie de ces zones où l'union plus ou moins intime entre les tissus sains et les tissus néoplasiques éveille l'idée d'une prolifération plus ou moins rapide dans tel sens, idée préconçue qui, à son tour, imprimera un caractère spécial à la technique opératoire qui va être appliquée.

Zones décollables. — Elles sont de beaucoup les plus étendues, puisqu'elles entourent presque complètement la glande. Au niveau de la zone cutanée, dont la vaste surface met en relief l'importance opératoire, l'aponévrose superficielle est adhérente à la capsule glandulaire. Mais la mobilité et l'indépendance du tissu sus-jacent ont donné l'idée de l'enlever avec l'organe dégénéré. Dès lors, la dissection devient rapide et cette région mérite d'être considérée comme une zone facilement décollable.

Nous retrouvons le même caractère au niveau de la région massétérine et du prolongement qui est couché sur le muscle ; — contre le bord postérieur du maxillaire où le tissu conjonctif assimilé par certains à une séreuse permet une mobilité complète ; — plus loin, vers la zone stylo-ptérygoïdienne où, sauf le cas d'adhérences néoplasiques

et après section du pédicule sous-condylien, on arrive à extraire le prolongement pharyngien, quand il existe, en tirant sur lui avec une pince, au niveau de la zone stylo-digastrique où la présence de la carotide externe vient compliquer l'énucléation ; plus bas, dans la zone sous-maxillaire que limite la bandelette maxillaire représentée par un feuillet fibreux facilement décollable ; enfin, à la partie supérieure de la glande, dans la zone auditive où, à moins d'adhérences créées par le processus pathologique, ce qui, d'ailleurs, n'est pas rare, le clivage de la couche celluleuse dense qui garnit cet espace est mené rapidement par la sonde cannelée.

Zones adhérentes. — Ces zones, au nombre de deux, gagnent en difficultés opératoires ce qu'elles perdent en étendue.

1° *Zone sterno-mastoïdienne.* — Longue de quatre ou cinq centimètres, elle offre une adhérence intime entre le muscle du même nom et la glande. Même à l'état normal, les lobules semblent s'insinuer entre les fibres musculaires, si bien que certains auteurs, pour assurer les résultats éloignés de leur intervention, ont cru devoir employer partiellement le procédé que nous nous proposons de décrire.

2° *Zone temporo-maxillaire.* — Elle répond à la partie postérieure de l'articulation du même nom. Le ligament postérieur de la capsule se trouve complètement englobé. Mais ici, la résistance spéciale que ligament et tissu osseux opposent à l'infiltration cancéreuse, permet généralement à la sonde cannelée d'exclure les tissus pathologiques avant que leur extension ait cessé de satisfaire aux conditions d'opérabilité.

CHAPITRE II

MANUEL OPERATOIRE

PROCÉDÉS DE J. L. FAURE ET DE L. BÉRARD ET LERICHE

L'extirpation de la parotide n'a pas toujours été l'opération méthodique qui se pratique aujourd'hui couramment. Au siècle dernier, les résultats qu'elle donnait étaient redevables à la chance du chirurgien, bien plus qu'à sa science. Les empiriques, en effet, s'en étaient réservé le monopole. En présence d'une tumeur de cette glande, le bistouri commençait sa dissection au petit bonheur, et l'opération empruntait quelque chose de dramatique à l'abondante hémorragie combattue médiocrement par une éponge cirée ; le moyen hémostatique d'une asepsie douteuse est encore loin du rite listérien.

Aujourd'hui, c'est une opération bien réglée ; Faure, L. Bérard et Leriche en ont perfectionné tour à tour les divers temps et, tout dernièrement, M. le professeur Forgue est venu lui apporter quelques modifications que nous croyons des plus heureuses.

Cette œuvre d'organisation avait commencé en 1841, avec Bérard ; son procédé, tombé aujourd'hui dans l'oubli, traduit l'extrême prudence que ses contemporains posaient comme une règle absolue. Il ne pouvait pas résis-

ter aux tentatives audacieuses qu'une asepsie parfaite permet à la chirurgie contemporaine, mais quarante ans de vogue démontrent éloquemment qu'avec les piètres conditions d'opérabilité qui se trouvaient réalisées à cette époque, l'idée de Bérard était une innovation féconde.

PROCÉDÉ DE FAURE

1° *Incision.* — Elle sera faite en T, la branche verticale, longue de douze centimètres environ, passant en avant et très près du tragus et du conduit auditif, commençant à trois ou quatre centimètres au-dessus de la racine du zygoma, et finissant à cinq centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire, un peu en avant du sterno-mastoïdien, la branche horizontale perpendiculaire passant à un travers de doigt au-dessous de l'arcade zygomatique.

II. *Dissection de la peau.* — Les lambeaux cutanés sont faciles à disséquer en passant au-dessus de l'aponévrose, et l'hémorragie est négligeable.

III. *Dissection de la paroi antéro-inférieure.* — La partie antérieure de la glande est la première attaquée. Le pédicule antérieur est saisi entre deux pinces et sectionné. A partir de ce moment, le prolongement antérieur de la glande est facilement isolable du masséter. La section des quelques vaisseaux ou filets nerveux qui en émergent n'offre aucune complication, et la besogne devient plus facile à mesure que l'on se rapproche du bord postérieur. Ici, la sonde cannelée suffit largement.

Il faut maintenant se porter à l'extrémité inférieure. Cherchons et lions le pédicule de la veine faciale, s'il exis-

te, et surtout repérons la veine jugulaire externe, qui sera coupée entre deux pinces. Dans ce dernier temps, il est bon de soulever avec précaution l'extrémité inférieure de l'organe.

Au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, le décollement sera plus difficile. On trouve là, en effet, une zone adhérente qui nécessitera l'introduction du bistouri dans le sterno-mastoïdien, en dehors de la parotide, et la section de quelques fibres musculaires.

La dissection se fera de bas en haut et jusqu'au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde. On évitera le cartilage du conduit auditif, l'artère auriculaire étant plus facile à sectionner après ligature de la carotide externe.

IV. *Décollement de la face profonde et section du pédicule carotidien.* — La sonde ou les doigts clivent maintenant facilement la partie inférieure de la zone stylogigastrique. La partie supérieure est plus difficilement décollable et la ligature soignée du pédicule carotidien vient encore compliquer ce temps opératoire. Mais cette ligature faite, rien n'empêche de faire basculer la glande et d'élargir le champ jusqu'à hauteur de l'apophyse styloïde.

V. *Dissection de la région supérieure.* — Le décollement n'est plus possible sans excision des pédicules importants qui l'immobilisent. On commence par le premier, c'est-à-dire l'extra-condylien. Cela fait, on renverse la glande en bas et en arrière, et le sous-condylien apparaît dans la profondeur. Sa situation le rend difficilement accessible, et il est préférable, avant de l'attaquer, de détacher et de renverser en arrière la partie supérieure de la glande. Il faut donc décoller la zone articulaire et sectionner le pédicule temporal. Au niveau

de l'articulation, éviter le bistouri, la sonde cannelée arrive à rompre les adhérences et, au niveau du pédicule temporal, une aiguille mousse ira le charger par un double fil, le long de la racine horizontale du zygoma. Une section entre deux ligatures terminera cette manœuvre.

Revenons à notre pédicule sous-condylien. Faure juge très favorable la résection du bord postérieur de la branche montante ou maxillaire, le décollement de la zone styloptérygoïdienne et du prolongement pharyngien ne pourront qu'y gagner.

VI. *Résection du bord postérieur du maxillaire.* — La rugine détache périoste et insertions musculaires jusqu'à un centimètre en avant du bord du maxillaire, que la pince courbe à mors latéraux attaque ensuite. L'échancre commence à deux centimètres au-dessus de l'angle et se poursuit jusqu'à un ou deux centimètres du cartilage condylien. Près du col du condyle, on n'enlèvera pas plus de cinq ou six millimètres d'os.

VII. *Dissection de la région profonde.* — Le pédicule condylien apparaît maintenant au grand jour ; il est sectionné et ligaturé aux deux bouts, et le prolongement pharyngien, s'il existe, est enlevé par les doigts ou la sonde. Les instruments tranchants sont ici dangereux.

VIII. *Dissection du bord postérieur.* — La parotide ne tient plus que par son bord postérieur. Le bistouri s'insinue de la pointe de la mastoïde jusqu'au cartilage du conduit auditif ; l'artère auriculaire postérieure et les veines correspondantes sont sacrifiées. On arrive ainsi à la zone auditive, où la faiblesse habituelle des adhérences ménage une séparation facile.

La glande ne tient plus que par le pédicule stylo-mastoïdien. En rabattant la glande en bas et en avant, on le sectionne facilement, et, en usant de prudence, on évite de couper la jugulaire externe, située dans le voisinage. L'énucléation de la parotide est terminée, il ne reste plus qu'à pratiquer quelques ligatures et à suturer la peau.

PROCÉDÉ DE L. BÉRARD ET LERICHE

I. *Incision.* — C'est encore une incision en T. Une branche verticale passe immédiatement en avant du tragus et part de trois centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique, pour s'arrêter au niveau de l'os hyoïde ; la deuxième, horizontale, embrasse l'angle de la mâchoire, passe à un centimètre environ sous le bord de l'os, et s'arrête au milieu de la saillie de la glande sous-maxillaire.

II. *Ligature de la carotide et dissection de la chaîne ganglionnaire.* — L'artère est liée au niveau de l'angle inférieur et on dissèque la chaîne des ganglions, de bas en haut, jusqu'au même point. Le doigt ou les ciseaux voient la loge sous-maxillaire, dont le contenu est rejeté en arrière avec la masse ganglionnaire. Le décollement se poursuit vers le haut, jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus du bord inférieur de l'os.

III. *Libération de la parotide d'arrière en avant.* — On se porte alors sur l'oreille, dont le conduit auditif cartilagineux est sectionné au bistouri, d'arrière en avant et récliné en arrière. La partie postérieure de la glande est alors libérée avec le prolongement, qui va se loger sous le conduit auditif, au-dessous du sterno-mastoïdien, vers

la mastoïde. Le conduit auditif doit être rasé de très près, à cause des adhérences de la glande à ce niveau. Le tronc du facial apparaît bientôt ; on pourra essayer de le conserver, mais sa section franche est d'un meilleur pronostic opératoire. Alors, le doigt travaillant de bas en haut, décolle aisément la parotide que l'on réclinera en avant en la faisant basculer autour du bord postérieur du maxillaire.

IV. *Section condylo-marginale.* — La rugine détache sur la face antérieure de la branche montante les insertions du masséter. En arrière, le bistouri sectionne le ptérygoïdien interne.

La scie à chaîne passe à travers l'échancrure sigmoïde et abat la marge postérieure de la branche montante. D'un coup de ciseaux la masse glandulaire est sectionnée et on se porte sur le fragment postérieur qui se prolonge vers le pharynx. Toujours avec les ciseaux, le fragment osseux étant renversé en arrière, la capsule articulaire sera sectionnée en rasant le temporal. Si l'on sectionne alors le ptérygoïdien externe qui retient encore le bord osseux il pourra être facilement basculé avec le restant de la glande, qu'il est facile de détacher à ciel ouvert.

La tumeur, refoulée en avant avec le masséter, est de nouveau attaquée. On la clive sans craindre, au besoin, la section de quelques fibres musculaires. La dissection se continue le long du prolongement antérieur du canal de Sténon, jusqu'au muscle buccinateur. A ce niveau, on libère définitivement la tumeur en disséquant la peau au-dessus d'elle. Il ne reste plus qu'à compléter l'hémostase et à suturer la peau.

CHAPITRE III

PROCEDE DE M. LE PROFESSEUR FORGUE

Dans son enseignement à propos de l'ablation des cancers de la parotide, M. le professeur Forgue insiste sur les points suivants :

1° Il y a de grandes irrégularités dans les difficultés opératoires, selon le type des tumeurs, selon leur malignité et leur infiltration, si bien que les mêmes règles techniques ne sont pas applicables à toutes et qu'il est impossible de baser absolument une description opératoire sur les considérations anatomiques normales ;

2° Il y a des cas dans lesquels l'exécution technique de l'ablation de la parotide peut être conduite selon des règles aussi précises et des temps opératoires aussi méthodiques qu'elle a été formulée par les auteurs qui se sont fondés sur l'étude anatomique très minutieuse de la glande et de sa loge. Par exemple, dans certaines tumeurs mixtes de la parotide, qui, parfois, refoulent dans la profondeur une portion saine de la glande, il est possible de superposer l'intervention chirurgicale aux plans techniques rigoureux que J.-L. Faure a établis dans son étude remarquable ;

3° Au contraire, dans les épithéliomas parotidiens vrais, infiltrant en masse la glande et son prolongement pharyn-

gien, ayant infecté les ganglions profonds de la loge, l'opération perd sa commodité et sa netteté anatomique. Ce ne sont pas les pédicules vasculaires, c'est-à-dire les zones normalement adhérentes qui peuvent embarrasser un chirurgien : ces divers pédicules vasculaires, que l'étude de Faure a bien précisés, sont facilement forcipressurés et sectionnés ; et nous n'avons plus, à l'endroit des hémorragies provenant de leur section, les appréhensions qui étaient bien légitimes quand l'outillage de l'hémostase n'avait point acquis sa précision actuelle. Ce qui fait la difficulté, ce qui crée parfois l'inopérabilité, ce sont les infiltrations néoplasiques, ce sont les fixations cancéreuses : alors, dans ces cancers parotidiens adhérents à la veine jugulaire interne, à la carotide interne, au pneumogastrique, la dissection profonde de la tumeur demeure en dehors de toute règle anatomique et parfois au-dessus de toute réalisation prudente.

4° La condition indispensable pour une ablation méthodique d'une tumeur parotidienne, c'est de se mettre à l'aise par de très larges incisions : pour travailler en sécurité au fond du creux parotidien, il faut y voir nettement, et l'on ne doit point être bridé par les insuffisantes dimensions de la plaie.

Cet élargissement du champ opératoire de la zone parotidienne est un problème qui a été diversement solutionné.

M. le professeur Forgue estime que la solution logique n'est pas d'élargir le champ opératoire en avant, soit par l'échanerure de la branche montante du maxillaire recommandée par J.-L. Faure, soit par la résection condylo-marginale postérieure du maxillaire préconisée par Bérard et Leriche. Il estime que cet agrandissement, cette large découverte de la loge parotidienne jusque dans la

profondeur, est réalisée plus facilement si l'on se donne du jour en arrière, au lieu de s'agrandir en avant.

En arrière, c'est surtout le relief du sterno-mastoïdien qui borne la loge : dès lors, il est facile de supprimer complètement ce corps musculaire en le désinsérant totalement de la mastoïde, et en le sectionnant en travers de la partie la plus basse de l'incision.

Cette suppression totale du sterno-cleido-mastoïdien dans la partie haute du cou, qui peut d'ailleurs être aidée, comme l'a fait plusieurs fois M. Forgue, par l'excision du ventre postérieur du digastrique, donne une commodité opératoire remarquable : elle porte d'emblée l'opérateur jusqu'au contact de la zone périlleuse ; elle met sous son œil les rapports les plus importants avec la jugulaire interne, la carotide interne, les nerfs pneumogastrique, sympathique, spinal et glosso-pharyngien.

Or, le meilleur moyen de ménager ces organes, c'est de les repérer d'emblée. De plus, s'il est indiqué, comme cela est arrivé plusieurs fois à M. Forgue, de sacrifier la jugulaire interne adhérente à la tumeur, il est facile de conduire méthodiquement l'excision de cette veine et de lier avec précision son bout central aussi près de la base du crâne qu'il est nécessaire. Dans deux opérations, M. Forgue a été amené aussi à exciser une partie de la carotide interne ; et, récemment, il a excisé un segment du pneumogastrique. Ces complications opératoires, en matière de cancer parotidien vrai, sont faciles à résoudre à la faveur du large jour que crée l'ablation du sterno-cleido-mastoïdien ; de plus, il est aisé, en sacrifiant ce muscle, de poursuivre d'*arrière en avant* la presque totalité de l'extirpation de la tumeur parotidienne : on est conduit ainsi à suivre de proche en proche le feuillet profond de la loge et à aborder d'*arrière en avant* le prolongement pha-

ryngien, dont on constate de près les adhérences aux gros vaisseaux profonds.

Voici, en conformité avec ces principes, la technique suivie par M. le professeur Forgue :

Son incision s'étend depuis la base de la mastoïde jusqu'au dessous de la partie moyenne du cou, en longeant le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien ; par conséquent, contrairement aux incisions de J.-L. Faure, de Bérard et Leriche, son tracé, dans la partie haute, au lieu d'être pré-auriculaire, est rétro-auriculaire. Le pavillon de l'oreille est saisi par une pince à abaissement, repoussé en avant, et l'incision entame à fond les tissus jusque sur le plan osseux de la mastoïde. Elle se continue au-dessous de l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

La dissection de la peau est rapidement conduite, sans hémorragie bien notable, jusqu'à ce que toute la région parotidienne en avant, prolongement massétéry y compris, et toute la surface du sterno-mastoïdien en arrière, soient largement mises à découvert. A ce moment, M. Forgue saisit par deux ou trois pinces à abaissement chacun de ces lambeaux cutanés, antérieur et postérieur, et les confie à un aide : c'est la meilleure manière d'écarter nettement les lèvres de cette incision.

Rapidement, la glande est libérée à sa partie antérieure après section entre deux pinces de l'artère et des veines transverses de la face. On isole prestement du masséter le prolongement antérieur de la parotide que l'on renverse face profonde en l'air, l'angle de la mâchoire étant ainsi à découvert et la zone rétro-maxillaire de l'organe ayant été rapidement décollée.

On se porte alors sur la partie la plus basse de l'inci-

sion : là, on sectionne entre deux pinces la jugulaire externe au point où elle croise le muscle sterno-mastoïdien ; ceci fait, M. Forgue coupe totalement en travers ce muscle, généralement plus bas que l'os hyoïde, de façon à pouvoir s'il y a lieu, comprendre dans la masse excisée les ganglions cervicaux et sous-angulaires ; car le cancer parotidien vrai, en raison des relations intimes spéciales à la parotide, qui s'établissent entre les éléments glandulaires et le système lymphatique de l'organe, a une tendance à infecter largement les ganglions voisins et surtout les ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

Il est donc indiqué de vérifier l'état de la chaîne cervicale profonde et, si ces ganglions sont suspects, de les enlever en bloc avec la glande. A la faveur de la section du sterno-mastoïdien, l'opérateur dispose d'une prise solide ; M. Forgue saisit habituellement, avec une pince à abaissement forte, la tranche de section du sterno-mastoïdien et, la relevant de bas en haut, il peut poursuivre, avec netteté, la dissection du paquet ganglionnaire profond, jusque sur l'angle de la mâchoire, en s'aidant de petits coups de ciseaux tangents à la surface profonde de la masse. Comme la veine jugulaire interne, ainsi que son affluent thyro-linguo-facial, a été bien repérée, grâce à la section du sterno-mastoïdien, il devient très facile, à mesure que la dissection remonte de bas en haut, de se rendre compte des connexions de la masse avec cette veine et, si ces adhérences sont indécollables, il est facile de sectionner la veine jugulaire entre deux ligatures et de continuer, par une dissection ascendante, la libération de la tumeur jusqu'au niveau ou au-dessus de l'angle du maxillaire.

Le prolongement inférieur de la tumeur étant ainsi libre, M. Forgue s'attaque au pôle supérieur. A coups de

rugine il désinsère le sterno-mastoïdien de toute la surface mastoïdienne et abaisse fortement cette tranche musculaire saisie avec une forte pince à abaissement. Puis, il poursuit l'excision du sterno-mastoïdien, par des coups de bistouri longeant son bord postérieur et, à mesure que progresse cette incision, il saisit le bord postérieur du muscle avec deux ou trois pinces à abaissement qui tirent la masse en avant. Ainsi se poursuit cette sorte de dissection rétrograde de la tumeur parotidienne ; au-dessous apparaît, par cette dissection large, progressivement approfondie sur toute son étendue, la région profonde : on reconnaît le ventre postérieur du digastrique ; et, s'il est gênant, on le sacrifie ; on sectionne au-dessous du conduit auditif, dont on a rasé de près le cartilage, le tronc du facial en arrière de la base de la styloïde.

A cette hauteur, les rapports avec la jugulaire interne dans la zone stylo-digastrique, sont très proches ; et c'est alors qu'on apprécie l'avantage qu'il y a eu à repérer et reconnaître la jugulaire interne, dans la partie basse de l'incision.

A ce moment, la libération de la masse est très avancée : en haut, on achève de la libérer par la section du pédicule temporal. Entre la pointe de la mastoïde et la base de la styloïde, on a sectionné le pédicule stylo-mastoïdien, en rabattant la tumeur de bas en haut ; en arrière, on est libre et, peu à peu, en renversant de plus en plus la masse en avant, on mobilise la portion profonde de la tumeur ; en bas, on a achevé de se rendre libre par la section de la carotide externe, entre deux ligatures, en général au-dessus de l'origine de l'artère faciale.

Dès lors, il devient facile de poursuivre la dissection dans la région profonde. Dans la plupart de ses opérations, M. Forgue a pu achever cette libération de la tu-

neur d'arrière en avant : la masse, entraînée fortement en avant par les pinces qui tiennent le muscle sterno-cleido-mastoïdien, et en arrière par celles qui ont saisi les pôles supérieur et inférieur de la tumeur, pivote vers la région massétérine : suivant la forme et la solidité des adhérences, cette libération se conduit soit avec le doigt et la sonde cannelée, si le prolongement profond reste sain et libre, soit à coups de ciseaux méthodiquement dirigés si les infiltrations néoplasiques fixent la tumeur aux gros vaisseaux profonds ; car la section des pédicules extra et sous-condyliens, quoique comportant une attentive hémostase en raison de leur richesse en veinules, n'est point un détail opératoire qui nécessite l'échancrure ou l'ablation du bord postérieur de la branche montante du maxillaire, et M. Forgue n'y a jamais eu recours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Recueillie par M. Lévy, interne du service

G. F..., cultivateur, entre à l'hôpital Suburbain, le 27 février 1910.

Il y a trois mois, le malade a constaté en arrière et un peu au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire, l'apparition d'un nodule du volume d'une noisette, de forme allongée, d'une consistance dure et roulant sous le doigt. Depuis cette époque, la tuméfaction a augmenté progressivement sans à-coups et est arrivée ainsi jusqu'aux dimensions actuelles. Le malade n'a jamais souffert, jamais éprouvé de dysphagie, ni de gêne dans les mouvements de la mâchoire. Depuis quelques jours seulement, il accuse quelques bourdonnements dans l'oreille gauche. Les mouvements de flexion et de rotation de la tête sont un peu gênés. On ne note pas de signes de paralysie faciale.

Antécédents personnels. — Le malade avait joui jusqu'à ce moment-là d'une bonne santé générale. Il est fumeur et présente un éthylisme notoire. Il y a dix mois, il se fit une fracture du fémur et eut une crise de *delirium tremens*. La consolidation fut vicieuse et, au mois de sep-

tembre, on dut lui pratiquer l'ostéotomie d'un fragment pointu faisant saillie dans le triangle de Scarpa.

Actuellement, la tumeur a le volume d'une pomme. Elle siège en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure gauche et donne en haut un prolongement qui soulève le lobule de l'oreille qu'elle dépasse d'un travers de pouce en avant. En arrière de l'oreille, la tumeur remonte jusqu'à la base de la mastoïde où elle émet un prolongement qui arrive jusqu'à trois travers de doigt de la ligne médiane. L'extrémité de son pôle inférieur affleure à une ligne horizontale passant par le bord du cartilage thyroïde.

Sauf une légère rougeur, la peau paraît normale. Elle est mobile sur la presque totalité de la tumeur, mais elle adhère dans la région de la pointe de la mastoïde, où elle forme une dépression en sillon.

La consistance est dure, homogène, élastique. La palpation n'y décèle ni ramollissement, ni fluctuation, ni de ganglions appréciables.

L'immobilisation sur les plans profonds semble être réalisée. Cependant, au niveau de la bouche et du pharynx, le doigt explorateur ne décèle rien d'anormal.

L'opération est pratiquée le 5 mars par le procédé de M. Forgue et est terminée par la suture de l'incision avec drainage. La cicatrisation a été rapide et normale.

L'étude de la structure histologique de la tumeur a été faite par M. le professeur Bosc, qui a constaté les détails suivants : la tumeur est constituée par un épithélioma malpighien lobulé à globes épidermiques. Les lobules sont, en général, volumineux, avec des points de dégénérescence centrale. A mesure que l'on va dans la profondeur, on constate une infiltration serrée de lobules plus petits, à digitations multiples et de petits amas épithéliaux dans un tissu conjonctif assez lâche, avec des points

d'infiltration embryonnaires qui ont détruit progressivement le tissu musculaire. La prolifération conjonctive qui précède la néoformation épithéliomateuse refoule la glande parotide, puis la pénètre par places, en lui faisant subir un processus cirrhotique, qui aboutit à sa disparition.

L'évidement complet a pu être pratiqué et, l'extirpation terminée, on voit les battements artériels du paquet vasculaire profond.

Nous ne voudrions pas cependant nous faire illusion sur l'avenir lointain de l'opération qui a été tentée. La masse extirpée était tout entière composée de tissus mous, friables, et elle remplissait toute la loge. La prolifération néoplasique n'avait-elle pas dépassé les limites chirurgicalement accessibles ? Nous n'oserions l'affirmer et, si l'avenir nous amène à constater une récurrence, nous n'en serons pas autrement étonné. Dans tous les cas, ce serait faire preuve de mauvaise foi que de la mettre sur le compte d'un procédé certainement excellent. L'on a vu, après des ostéosarcomes du genou, des récurrences se produire sur l'os coxal ou ailleurs après une amputation pratiquée au tiers inférieur de la cuisse.

Le moyen semblait cependant radical et le procédé de M. Forgue n'a pas davantage la prétention de conjurer le mal lorsqu'il a eu le temps de réaliser une large extension régionale.

OBSERVATION II

Recueillie par M. Lévy, interne du service

P... C..., cultivateur, âgé de 68 ans, entre à l'hôpital Suburbain le 2 avril 1910 pour se faire opérer d'une tumeur ulcérée ayant envahi le pavillon de l'oreille et les ré-

gions voisines. Le début, qui remonte à quinze mois, fut marqué par l'apparition d'un petit bouton, qui s'ulcéra au bout de trois mois. A ce moment, il fut traité par des applications de permanganate de potasse, de pommades diverses qui précipitèrent la marche de l'ulcération.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure grave.

Actuellement, le malade présente dans le sillon rétro-auriculaire une large ulcération qui s'étend d'une part sur la paroi postérieure du pavillon jusqu'au niveau de son bord libre à la partie moyenne et sur une hauteur de quatre centimètres ; d'autre part, sur la région mastoïdienne sur une largeur de deux centimètres et une hauteur de quatre centimètres. Le contour en est représenté par un bourrelet volumineux surtout manifeste dans la partie postérieure et inférieure. Ce bourrelet est remarquable par son induration. Le fond de l'ulcération est peu suintant, presque sec, offrant un fond d'un rouge assez vif, peu bourgeonnant avec quelques points occupés par une sérosité qui se condense en croûte d'un jaune gris.

Les bords de l'ulcération ne sont pas décollés ; elle descend du bourrelet périphérique en pente douce. La surface n'offre pas de tendance à l'hémorragie. Si l'on prend la tumeur entre le pouce et l'index, on constate que l'ulcération répond à une tumeur infiltrée, dure, épaisse de plus d'un travers de doigt et à peu près immobilisée sur le plan osseux mastoïdien.

✓ Pas de ganglions appréciables.

L'opération a été pratiquée le 7 avril par le procédé de M. Forgeue.

Elle a été marquée par l'amputation de l'oreille externe

et l'extirpation de la presque totalité de la glande parotide, et suivie de la suture partielle de l'incision et d'un pansement à plat sur le reste de la plaie opératoire. La cicatrisation s'est opérée lentement, mais normalement.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par Monsieur le professeur Bosc a donné les résultats suivants :

« La tumeur est constituée par un épithélioma pavimenteux lobulé, à globes épidermiques à marche rapide. Les lobules, formés de cellules jeunes, à dégénérescence rapide, ne sont séparées que par de minces travées de tissu conjonctif jeune. Ils prolifèrent activement en profondeur dans un tissu ambiant, infiltré de cellules embryonnaires, réunies souvent en amas péri-vasculaires.

Les petits ganglions prélevés dans les parties voisines de la tumeur présentent des centres germinatifs augmentés de volume et à grandes cellules, souvent polynucléées, et des sinus dilatés remplis de cellules volumineuses dans lesquels on ne trouve pas cependant d'éléments cancéreux.

La parotide présente de petits foyers péri-vasculaires d'infiltration embryonnaire (à cellules rondes et à plasmazellen), mais on n'y constate pas de cellules cancéreuses et nulle part on ne trouve de foyers néoplasiques.

CONCLUSIONS

Des pages qui précèdent, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Avec les données actuelles des sciences médicales, l'énucléation doit être opposée aux tumeurs bénignes développées dans la loge parotidienne et une extirpation large et précoce aux néoformations cancéreuses développées dans la même région.

2° Exception doit être faite pour ces mêmes néoformations malignes, que l'on peut certifier adhérentes aux plans profonds. L'expérience clinique nous a appris trop souvent qu'une opération tentée dans de pareilles conditions est inutile, et les organes importants qui sillonnent la glande où le côtoient de très près, deviennent particulièrement exposés, ce qui la condamne formellement.

3° De ces accidents opératoires possibles, résulte une nouvelle règle : plus que partout ailleurs, la connaissance parfaite des dispositions anatomiques de la région est indispensable, et tout manquement à cette nécessité inéluctable pourrait entraîner les pires désastres.

4° L'anatomie pathologique nous a fixé sur la marche capricieuse des tumeurs cancéreuses, sur la diversité d'aspect qu'offrent les infiltrations néoplasiques à travers les tissus sains. Il en résulte par suite qu'un seul et même procédé ne saurait s'appliquer à tous les cas.

5° Ces principes posés, le procédé de Leriche et de L. Bérard pourra donner le résultat recherché ; il a rendu de trop grands services pour être rejeté de parti-pris. Cependant, le nouveau procédé que nous venons de décrire, par la rapidité de son application, par la commodité qu'il apporte à l'exécution des divers temps opératoires, semble devoir rallier la majorité des suffrages.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD (A.). — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la loge parotidienne. (Thèse de concours, 1841.)
- BÉRARD (L.) et LÉRICHE. — De l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale. (Revue de Chirurgie, 1906.)
- BILLROTH. — Beobachtungen ueber geschwülste der Speicheldrusen. (Wirchow's-Archiv, 1859, XVII.)
- CUNÉO et VEAU. — Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs mixtes para-buccales. Congrès international de 1900, section Chirurgie.
- CURTIS et PHOCAS. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. Archiv. provinc. de Méd., 1889.
- CHRÉTIEN. — Article « Parotide » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. T. 21 (2^e série).
- DELANGLADE et PEYRON. — Epithélioma parotidien. Marseille Médical, septembre 1906.
- DOLBEAU. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne. Gaz. hebd., 1858.
- DUPLAY, ROCHARD, DUMOULIN. — Manuel de diagnostic chirurgical.

- FAURE (J.-L.). — Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire. *Gaz. des Hôp.*, 25 mai 1895.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- GILIS. — La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien. Leçons recueillies par Peyron, 1905.
- KAUFMAN. — Das Parotissarcom. *Langenbeck Arch.* XXVI, 1881.
- KOLACZECK. — Ueber das Angiosarcom. *Deut. Zeitschr. f. chirur.*, 1878.
- LACOSTE. — Mémoire et observations sur l'extirpation d'une glande parotide cancéreuse. *Ann. Société méd. prat. de Montpellier*, 1804.
- LAUTIER. — Etude sur l'extirpation de la parotide dans les tumeurs de la loge parotidienne. Thèse de Montpellier, 1897.
- MAGE. — Etude anatomo-chirurgicale sur l'extirpation de la parotide. Thèse de Montpellier, 1907.
- MARGOULIÈS. — Contribution à l'étude de l'histogénèse et de la pathogénie des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Montpellier, 1907.
- MASSABUAU. — La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes de la glande salivaire. *Revue de chirurgie*, 1907.
- MICHAUX. — Sur le cancer de la parotide. Thèse de Paris, 1884.
- NASSE. — Die Geschwülste der Speicheldrüsen. *Arch. für clin. chir.*, 1892.

- PLANTEAU. — Contribution à l'étude des sarcomes de la parotide. Thèse de Paris, 1876.
- PERROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris, 1885.
- RICHET. — Anatomie médico-chirurgicale.
- SAPPEY. — Anatomie descriptive.
- TESTUT. — Anatomie descriptive.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.
- TRIQUET. — Recherches d'anatomie et de pathologie sur la chirurgie parotidienne. Arch. gén. de méd., 1852, XXIX.
- VOLKMANN. — Ueber endotheliale geschwulste zugleich ein beitrage zur dem Speicheldrüsen und Gauméntumoren. Deut. Zeitsch. für chirurgie, XLI, 1835.
-

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 mai 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 24 mai 1910.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
